

QUESTION 4

Dr Jean-Pierre Daulouède*, Pr Marc Auriacombe*, **

* Fédération d'addictologie, CH Charles Perrens et CHU de Bordeaux.

Faculté de Médecine Victor Pachon, Université Victor Ségalen Bordeaux 2
BIZIA, Centre de soins d'addictologie, CH de la Côte Basque, Bayonne.

** Centre Carreire, 121, rue de la Béchade, F-33076 Bordeaux Cedex

*Quelles sont les modalités de prise en charge
nécessaires à la mise en œuvre
et au suivi des traitements de substitution aux opiacés ?*

Quelles doivent être les modalités d'évaluation d'un patient préalablement à la prescription et quelles doivent être les modalités de suivi médical, clinique et biologique, d'un patient en cours de traitement de substitution aux opiacés ?

Résumé

Il existe une abondante littérature sur la méthadone, mais aussi sur la buprénorphine bien que son utilisation soit beaucoup plus récente. Ainsi, certaines conditions d'efficacité sont connues et doivent être la base pour élaborer les modalités d'évaluation préalable à la prescription et au cours du suivi. Les conditions principales d'efficacité sont : 1) le diagnostic de dépendance ; 2) la comorbidité psychiatrique ; 3) la posologie adaptée ; 4) le cadre de délivrance ; 5) la globalité de la prise en charge. C'est sur cette base que les modalités d'évaluation peuvent se déterminer et s'appliquer quel que soit le contexte de prise en charge (spécialiste/généraliste, ville/centre). Préalablement à la prescription, on doit s'assurer d'un diagnostic effectif de dépendance aux opiacés qui ne peut se faire que sur la base d'un examen clinique et d'un entretien, auquel des dosages biologiques peuvent éventuellement être associés. Un inventaire des autres consommations est indispensable afin d'en assurer la prise en charge regroupée si besoin. L'existence de troubles psychiatriques autres doit être recherchée, ainsi que somatiques, notamment les pathologies infectieuses. Le contexte social doit être exploré, notamment quant à la possibilité d'une prise en charge en ville. Enfin, l'objectif du traitement doit être expliqué et partagé avec le patient. Au cours du traitement, le suivi doit se préoccuper d'abord du maintien des objectifs, ainsi que du renforcement de la motivation du patient. L'implication du pharmacien, après en avoir expliqué les modalités au patient, est un élément important pour la motivation de ce dernier. Un monitoring biologique des

Summary

What are the modalities of evaluation of a patient prior to prescription and what are the modalities of clinical and laboratory medical follow-up of a patient during opioid replacement therapy?

There is an abundant literature concerning methadone, but also buprenorphine although it has been used much more recently. Certain conditions of efficacy have therefore been identified and must be the basis to elaborate the modalities of evaluation prior to prescription and during follow-up. The main conditions of efficacy are: 1) a diagnosis of dependency; 2) psychiatric comorbidity; 3) adapted dosage; 4) dispensing framework; 5) global approach to management. It is on this basis that the modalities of evaluation can be determined and applied regardless of the management setting (specialist/general practitioner, office/centre). Prior to prescription, the diagnosis of opioid dependency must be confirmed, which can only be performed on the basis of clinical examination and clinical interview, possibly combined with laboratory assays. An inventory of the other forms of consumption is essential in order to ensure combined management whenever necessary. The presence of other psychiatric and somatic disorders must be investigated, especially infectious diseases. The social context must be investigated, especially concerning the possibility of outpatient management. Finally, the objective of treatment must be explained and shared with the patient. Follow-up during treatment must focus on maintenance of the objectives, and reinforcement of the patient's

consommations, lorsque utilisé de façon appropriée, peut être très utile pour le maintien d'une relation psychothérapique de qualité associée à une appréciation réaliste et partagée du traitement. L'évolution des autres consommations doit aussi être une préoccupation. C'est la responsabilité du prescripteur de s'assurer de tous ces aspects et de s'entourer d'autres professionnels lorsque nécessaire. L'échange spécialiste/généraliste et centre/ville, dans le cadre des réseaux, doit être un élément facilitateur pour la mise en place et le partage des modalités d'évaluation préalable à la prescription et pendant la durée du traitement.

Mots-clés

Toxicomanie – Traitement de substitution – Opiacés – Évaluation.

Dès 1965, Dole et Nyswander (1) rapportaient l'intérêt de la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opiacés. Envisageant l'addiction aux opiacés comme une véritable maladie métabolique chronique (2), ils considéraient l'administration de méthadone comme un traitement de maintenance répondant à trois objectifs : 1) supprimer les symptômes physiques aigus du sevrage des opiacés, 2) atténuer ou supprimer le *craving* ou "faim d'opiacés" fortement impliqué dans la survenue des rechutes et 3) obtenir le blocage des effets narcotiques des opiacés (héroïne, morphine, etc.) en cause dans la toxicomanie par la saturation des récepteurs opiacés par la méthadone (3). Premier traitement de substitution à avoir fait l'objet d'une large diffusion, la méthadone, bien qu'étant un agoniste opiacé, permettait de répondre à ce triple objectif du fait de ses caractéristiques pharmacocinétiques (demi-vie très longue) en évitant les effets de pic, eux-mêmes responsables de la perte de contrôle et de l'usage addictif. On estime aujourd'hui qu'il y a près de 250 000 patients traités en Europe et 180 000 aux États-Unis. Le traitement par méthadone a, depuis son introduction, fait l'objet d'innombrables travaux et publications (4, 5) ; on peut cependant considérer que le travail d'évaluation par Ball et Ross entrepris en 1989 et publié en 1991 (6, 7) apporte un éclairage déterminant sur les conditions d'efficacité de ce traitement et sur les modalités de prise en charge des patients dépendants des opiacés nécessaires à leur succès. Cela a été complété par d'autres travaux, notamment sur l'impact de la prise en charge psychosociale (8). Ceci s'applique aussi lorsque l'on utilise la buprénorphine à la place de la méthadone (9, 10). De cet important travail d'évaluation, nous retiendrons que l'efficacité des traitements par la méthadone est directement et proportionnellement corrélée à l'association de trois paramètres : 1) l'utilisation d'une molécule pharmacologiquement adaptée : la méthadone (à laquelle on peut ajouter désormais la buprénorphine administrée à une posologie efficace) ; 2)

motivation. Involvement of the pharmacist, after having explained the modalities to the patient, is an important element to maintain the patient's motivation. A laboratory monitoring of substance consumption, when used appropriately, can be very useful for maintenance of a good quality psychotherapeutic relationship associated with a realistic and shared assessment of treatment. The course of other consumptions must also be a major concern. It is the prescriber's responsibility to ensure all of these aspects and to seek help from other professionals when necessary. The specialist/general practitioner and centre/office exchange, in the context of healthcare networks, must be a facilitating element for the introduction and sharing of the modalities of evaluation prior to prescription and during treatment.

Key words

Drug addiction – Replacement therapy – Opioids – Evaluation.

que ce traitement soit délivré de façon contrôlée et supervisée (quotidiennement en début de traitement), cette contrainte étant imposée par la perte de contrôle du sujet, inhérente à la maladie addictive ; 3) enfin, que suffisamment de services psychothérapeutiques (allant du simple *counselling* à éventuellement des psychothérapies plus structurées) et sociothérapeutiques puissent être proposés aux patients (7, 8, 11).

Forte de ces données scientifiques, clairement validées, notre équipe s'est efforcée d'en conserver les apports méthodologiques au moment de "mettre en place les modalités de prise en charge nécessaires à la mise en œuvre et au suivi des traitements de substitution aux opiacés", et cela dans la situation nouvelle et originale créée par la mise à disposition de la buprénorphine en France (1996) en "première mondiale", en permettant la prescription en médecine de ville et la délivrance par les pharmaciens de ville. Ainsi et dès avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de la buprénorphine, de façon expérimentale, avons-nous tenté d'organiser un réseau de soins avec prescription de buprénorphine sous la forme disponible alors, en nous efforçant autant que possible de rester inspirés par les conditions d'efficacité mises en évidence par Ball et Ross (12-16). C'est ainsi que le rôle du pharmacien de ville et de son équipe officinale nous est apparu comme devant être un point nodal dans un dispositif de prescriptions de traitement de substitution en médecine de ville. À l'occasion de délivrances rapprochées (quotidienne à hebdomadaire) avec éventuellement prise (contrôlée ou non) à la pharmacie, bien au-delà d'un rôle de "contrôle" de la bonne prise du traitement, avons-nous vu souvent s'établir un lien privilégié entre le patient et l'équipe officinale, s'approfondissant au fil des venues à la pharmacie. Il est clair qu'une telle démarche nous semble constituer un traitement psychosocial (au moins équivalent à du *counselling* au sens de Ball et Ross). Nombreux ont été les patients dont les demandes de poursuite de suivi régulier à

la pharmacie attestent de cette dimension, à côté d'études formelles (17).

Nous considérons que les réponses de principe à la question des modalités d'évaluation préalablement à la prescription et les modalités de suivi en cours de traitement sont indépendantes du cadre d'exercice du prescripteur (isolé ou en équipe) et de sa pratique (généraliste ou spécialiste). Par contre, ces situations contrastées justifient une adaptation du cadre tout en demeurant fidèle aux principes généraux précédemment énoncés. Notre propos restera limité aux traitements de substitution par la méthadone et la buprénorphine, seules molécules à disposer en France d'une AMM dans cette indication. Nous nous plaçons dans une perspective médicale où les traitements par méthadone et buprénorphine ont une indication limitée : la dépendance aux opiacés, et un objectif clarifié : permettre aux personnes dépendantes de devenir abstinentes de l'opiacé ayant engendré la dépendance. Cet objectif étant clarifié, le traitement peut passer par une phase plus ou moins longue de réduction de l'usage, dans le cadre d'une prise en charge globale prenant en compte l'ensemble des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux de la personne malade.

Modalités d'évaluation préalablement à la prescription

Le temps préalable à la prescription est un temps important, au cours duquel un certain nombre d'éléments cliniques doivent être recueillis par le prescripteur, et certaines informations données à la personne dépendante. Parfois, mais pas nécessairement, ce temps peut être long (plusieurs jours, voire plusieurs semaines), mais il demeure souvent possible de recueillir les éléments cliniques nécessaires, d'informer le patient et de faire la première prescription dès la première consultation. Si certains éléments préalables à la première prescription sont indispensables, il serait illusoire et erroné de vouloir "tout savoir" d'emblée avant cette première prescription. Quelle que soit la façon de procéder, c'est au décours des premiers mois de traitement que le bilan exhaustif se complètera (18, 19).

Faire le diagnostic de dépendance

Il est indispensable de formaliser le diagnostic de dépendance (20). C'est la condition minimale préalable à toute prescription. Pour cela, on peut utilement s'appuyer sur les critères diagnostiques du DSM (21) ou de la CIM (22). Ils sont faciles à opérationnaliser à chaque contexte de pratique. En bref (23), il s'agit de repérer et mettre en évidence chez un individu un usage d'opiacé lui posant problème et l'impossibilité pour lui d'en modifier suffisamment l'usage pour lui permettre de parvenir à réduire les problèmes liés à cet usage. Ce diagnostic ne peut se faire que sur la base d'un entretien médical avec la personne elle-

même bien sûr, mais il peut aussi utilement s'appuyer sur des informations recueillies auprès de l'entourage (familial, professionnel, social), sur l'examen clinique somatique et aussi sur des dosages urinaires d'opiacés. Cependant, il faut bien garder à l'esprit qu'un simple dosage urinaire d'opiacés n'est ni forcément nécessaire, ni suffisant. Le diagnostic ne doit pas se limiter à la dépendance aux opiacés, mais aussi à la recherche d'autres dépendances et d'autres usages de substance susceptibles de donner lieu à abus ou dépendance, ou d'interagir avec le traitement, comme les benzodiazépines, le tabac, l'alcool, le cannabis et les stimulants. Pour cela, outre l'interrogatoire et l'examen somatique, un dosage urinaire exploratoire est un complément utile. Les modalités d'usage des substances (orale, injecté, sniffé) ne sont pas nécessaires pour le diagnostic, mais leur prise en compte est indispensable pour la mise en place d'une prise en charge adaptée à la personne.

Disposer d'une évaluation globale, c'est-à-dire médicale et psychopathologique mais aussi sociale de la situation du patient

La recherche de comorbidités psychiatriques

La comorbidité psychiatrique est fréquente chez les personnes usagers d'opiacés (cf. l'excellente revue critique de la littérature de Farges (24)). Cette comorbidité est un facteur qui semble favoriser la démarche de soins (les usagers en traitement ont plus de comorbidités que les autres), mais cela semble aussi être un possible facteur de moins bonne réponse à la prise en charge, une fois en traitement (d'où l'importance du repérage pour un traitement adapté). Contrairement à une croyance répandue, il n'existe pas de personnalité typique du toxicomane, même si la prévalence de la personnalité antisociale (psychopathie) y est plus élevée et a longtemps contribué à entretenir la mauvaise réputation dont jouissent les toxicomanes auprès de nombreux acteurs du système sanitaire et social (25). Les troubles anxieux et dépressifs sont les troubles les plus fréquents. Ils doivent être recherchés avec une particulière attention, car ce sont ceux, parmi les troubles psychiatriques, dont les traitements sont les plus efficaces, notamment pour les troubles dépressifs (26). De plus, il a été montré que la comorbidité dépressive pouvait être un facteur participant à la persistance des comportements de partage de matériel d'injection et donc de diffusion des épidémies infectieuses chez les usagers de la voie intraveineuse (27-30).

L'évaluation d'éventuelles comorbidités somatiques

La recherche de comorbidités somatiques, infectieuses en particulier (VIH ou VHC par exemple), est aussi absolument nécessaire. Il est rapporté que la régularité et la compliance au traitement d'un patient toxicomane porteur du VIH et/ou du VHC (qui justifient des traitements longs et pénibles) ne peuvent être obtenues qu'avec l'aide des traitements de substitution (31).

La situation sociale

La situation sociale doit aussi être soigneusement examinée : mode de logement, existence d'une couverture médicale (indispensable à la perspective d'une prise en charge en médecine de ville), environnement familial, amical et professionnel.

Explicitement et clarifier les objectifs du traitement avec le patient

Il faut partager avec le patient les objectifs et ceci doit se faire préalablement à la première prescription. Pour cela, il faut clairement l'informer et choisir avec lui une stratégie explicite qu'il comprenne d'abord, qu'il accepte ensuite. La prescription de méthadone ou de buprénorphine dans le cadre de la prise en charge d'une dépendance doit permettre un changement de comportement en profondeur (32). L'implication du patient est très importante ; le soutien et l'orientation psychologique vont être des éléments primordiaux. Une cause possible d'inefficacité, dont une forme peut être le comportement de mésusage, peut être un défaut de clarification des objectifs au départ et un partage insuffisant de ces mêmes objectifs et de la stratégie thérapeutique entre le patient et le médecin. Par exemple, en cas de prescription de buprénorphine, si le patient s'attend à une substitution au sens de "remplacer et faire comme l'héroïne", dès la première prise il sera déçu du manque d'effet, et il sera dès lors susceptible de s'engager vers un détournement par la voie veineuse plus susceptible d'apporter un effet de flash, même réduit, ou bien d'associer des benzodiazépines ou de l'alcool afin de potentialiser un effet euphorisant insuffisant, dans le but d'obtenir ce qu'il croit parfois qu'on lui offre : la même chose que l'héroïne, mais moins dangereuse. Il est important de garder à l'esprit que le traitement d'une addiction en général s'installe dans la durée : plusieurs années, souvent cinq à dix ans, parfois plus. C'est bien sûr vrai aussi lors de l'utilisation de traitement de substitution. Une fois la rémission obtenue de façon durable et les problèmes associés stabilisés de façon satisfaisante, il pourra être discuté avec le patient des avantages et inconvénients de l'arrêt du traitement. Une erreur fréquente est d'arrêter prématurément le traitement. Ce point est aussi utile à aborder dès avant la première prescription car, par la suite, le patient lui-même se fera souvent l'avocat du préjugé "je ne serai vraiment bien qu'une fois tout arrêté".

Modalités de suivi médical, clinique et biologique, en cours de traitement

Les modalités de suivi des traitements de substitution doivent permettre tout au long du traitement de conjuguer efficacité, sécurité et acceptabilité. Efficacité quant à l'objectif : 1) du traitement de la dépendance aux opiacés et de la psychopathologie addictive ; 2) de la réduction des dommages liés à l'usage des substances addictives. Cet objectif passe par une bonne acceptabi-

lité du traitement par les patients, c'est-à-dire par sa capacité de retenir le maximum d'entre eux dans le soin proposé (7, 17, 33). Pour être atteint, il nécessite un ajustement permanent des bénéfices du soin à ses contraintes inhérentes, au cadre thérapeutique, aux effets secondaires (34) (on sait combien sont mal supportés les effets délétères sur la libido, l'hyperhidrose ou les troubles du transit par exemple), éventuellement au coût du traitement (ce problème peut se poser lors des traitements prescrits et délivrés en médecine et en pharmacie de ville pour des patients qui n'auraient pas une couverture à 100 % ou une autorisation d'avance des frais). Pour la sécurité : les points à prendre en compte sont les accidents de surdosage, le mésusage éventuel, et au plan comportemental, l'altération de la vigilance et les risques liés à l'utilisation de machine et la conduite automobile. Les meilleures conditions d'efficacité du traitement délivré en centre ont été largement décrites et validées tant pour ce qui est de la méthadone (7, 33, 35) que de la buprénorphine (9, 10). C'est probablement pour leur utilisation en médecine de ville, eu égard à leur relative jeunesse dans ce cadre d'utilisation, que l'on dispose de moins de données susceptibles de constituer des *guidelines* correctement validées. Assurément, la France avec plus de 100 000 toxicomanes substitués, pour la plupart en médecine de ville, constitue un terrain d'expérience particulièrement riche et original, à partir duquel déjà un certain nombre d'observations peuvent être faites (32, 36-40). C'est donc avec le souci de la prise en charge des patients dépendants des opiacés par la médecine de ville que nous avons rédigé ce chapitre.

Le suivi médical et clinique

Il faut rappeler l'importance de la première consultation, celle où la décision de prescrire se prend, tant il est capital pour la suite de la prise en charge que soient évités au maximum malentendus et méfiance réciproque. C'est en grande partie de ce moment que dépendra "l'alliance thérapeutique" dont la qualité participera au succès de la prise en charge (41). La fréquence des rendez-vous dépend partiellement du cadre réglementaire (32, 42, 43), mais doit être conduite par la clinique. Elle est généralement hebdomadaire en début de traitement ou bien dans les situations de crise ou de difficulté. Lors de l'initialisation du traitement, pour des patients particulièrement appréhensifs et inquiets, elle peut être portée à un rythme plurihebdomadaire.

En pratique, une consultation hebdomadaire est nécessaire jusqu'à parvenir à une stabilisation, notamment vis-à-vis de la consommation de l'opiacé de dépendance. Pour la plupart des patients, cela représente deux à trois trimestres, rarement moins, fréquemment plus. Il est plus adapté de proposer des consultations fréquentes que trop espacées. Ces consultations doivent maintenir et renforcer la motivation du patient (44) et évaluer l'adaptation du traitement et la nécessité éventuelle de l'ajuster. Une fois l'objectif clarifié, l'adaptation de la prescription va être la condition préalable de l'efficacité.

La posologie

Quelle que soit la prescription (méthadone ou buprénorphine), le dosage doit être adapté jusqu'à l'obtention d'une réduction suffisante du besoin/envie (parfois appelé manque ou *craving*) (45). Cependant, le dosage ne doit pas être trop élevé pour éviter les effets secondaires, source possible d'abandon du traitement. Il ne doit pas non plus être insuffisant car alors il n'induirait pas la réduction du besoin/envie de consommer recherchée, obligeant le patient à un effort trop important qui ne pourra être maintenu au long cours et aboutira au découragement et à la rechute. L'erreur la plus fréquente est la prescription d'un dosage insuffisant (9, 33, 43, 46). Une dose insuffisante peut aussi avoir pour conséquence une augmentation de consommation des autres substances psychoactives consommées avant le début du traitement. Chez un patient traité principalement pour une dépendance à l'héroïne, il est donc indispensable d'être attentif à sa consommation d'alcool, de tabac et de cannabis qui, si elle augmente, doit faire évoquer un dosage insuffisant de méthadone ou de buprénorphine.

Les modalités de délivrance

La prescription ne doit pas prendre en compte uniquement le dosage, mais aussi les conditions de délivrance qui sont de la responsabilité du prescripteur. Le patient doit avoir été informé du fait qu'*a priori*, ce qui lui donne le plus de chance de tirer bénéfice du traitement, c'est la délivrance quotidienne et la prise sur place, que ce soit en centre ou en pharmacie. Ce point est parfois objet de désaccord entre soignants : les uns, partisans d'une délivrance quotidienne avec éventuellement prise contrôlée sur place, considèrent que cette modalité offre de meilleures chances d'efficacité thérapeutique, sans nuire à l'acceptabilité par le patient ; d'autres jugent cette modalité de dispensation trop contraignante et donc susceptible de dissuader certains toxicomanes d'accepter un traitement de substitution et de limiter leur accès aux soins, ce qui doit être sérieusement pris en considération. L'expérience de plusieurs d'entre nous conduit à penser qu'un tel cadre de délivrance permet d'améliorer l'efficacité ainsi que la rétention en traitement (17, 47, 48). Cependant, de telles modalités de dispensation ne peuvent être envisagées qu'à deux conditions :

. La première est évidemment que le patient en soit d'accord et l'accepte. Ce qu'il fera d'autant plus facilement que le médecin lui en aura clairement expliqué les enjeux et l'utilité. Beaucoup comprennent assez vite que de telles dispositions contraignantes pour eux le sont aussi pour le médecin et surtout pour le pharmacien. Ils les prennent alors pour ce qu'elles sont : une "quantité" supplémentaire de soins et un plus grand engagement des soignants.

. La seconde condition est que le pharmacien et l'équipe officielle accepte de s'engager dans une démarche coûteuse en temps et en énergie, compensée, de l'avis de beaucoup d'entre eux, par un surcroît de gratification professionnelle et tout simplement humaine. Les évaluations de certains réseaux qui ont plus facilement recours à de telles pratiques attestent de leur faisabilité et

de leurs effets favorables sur la qualité et les résultats de la prise en charge (47-50). Les avantages et inconvénients des changements de modalité de délivrance devront donc être à chaque fois soigneusement évalués avec le patient, et surtout leurs conséquences doivent lui être bien expliquées.

Suivi biologique : mise en place d'un monitoring urinaire

Compte tenu de la notion de "perte de contrôle" centrale dans la dépendance et des mécanismes de défense souvent mis en place (déli, projection) (51), il est raisonnable d'anticiper qu'à certains moments, au cours de la prise en charge, un patient puisse se trouver en difficulté pour appréhender de façon concrète la réalité de ses consommations. Ceci entraîne le thérapeute dans une surévaluation de l'efficacité de son traitement, ou dans une suspicion non compatible avec les conditions psychologiques nécessaires à une prise en charge relationnelle de qualité. Le monitoring ne vise pas à un contrôle du comportement du patient, mais à une évaluation objective de la qualité du soin qui lui est proposé, et par là, à permettre un ajustement du traitement en complète collaboration avec lui. Ce monitoring ne doit pas se limiter à la substance de dépendance principale, mais aussi s'assurer de l'absence de débordement vers d'autres substances. L'utilisation de cette aide, très précieuse pour la pratique clinique, devrait pouvoir être mise en place quelle que soit la qualité du prescripteur et son cadre d'exercice et ne devrait avoir aucun rapport avec le choix du médicament (méthadone ou buprénorphine). Son coût devrait pouvoir être pris en charge suivant des modalités comparables à celui du coût des consultations, des prescriptions et des examens complémentaires biologiques ou autres. La mise à disposition de bandelettes de détection de substances psychoactives dans les urines peut faciliter ces analyses en médecine de ville. Enfin, la recherche de toxiques dans la salive, encore expérimentale et peu diffusée, peut permettre de rendre ces examens plus aisés et acceptables.

Place des entretiens structurés et des questionnaires

Dans le cadre de la pratique clinique habituelle en médecine et en addictologie, les entretiens structurés et les questionnaires ne sont pas indispensables. Le diagnostic, l'évaluation globale de la personne, la clarification des objectifs et la vérification de l'efficacité de la prise en charge mise à disposition du patient sont obligatoires cependant. Pour cela, les entretiens structurés et les questionnaires peuvent être une aide précieuse. Dans cette perspective, il est utile pour le prescripteur de pouvoir faire appel à un collaborateur pour la passation de ces instruments, qui devrait être prise en charge par l'Assurance maladie. Dans le cadre d'un prescripteur en pratique isolée, c'est le type de service qu'un réseau de santé peut utilement mettre en place de façon mutua-

lisée. Dans le cas d'un prescripteur non spécialiste, ce peut être l'occasion d'un rapprochement avec un service spécialisé en addictologie (CSST, service d'addictologie, service de psychiatrie à orientation addictologique). Dans le cadre d'un prescripteur en équipe, ce peut-être l'occasion de mettre en place une organisation permettant ces évaluations en interne. L'un de ces entretiens est l'ASI (*Addiction severity index*). L'ASI (52) est un entretien semi-structuré, qui peut être passé par une personne formée qui n'est pas nécessairement un professionnel de santé thérapeute. Il explore au travers de 270 questions sept domaines susceptibles d'être affectés par l'usage de substance (médical, emplois-ressources, familial) et les consommations (alcool, substances illégales). Récemment, il a été adapté pour évaluer aussi le tabac et les addictions sans substance (53). Il génère des scores qui apprécient les besoins d'intervention. Après une première passation, il peut se répéter afin d'être une aide au suivi. C'est l'instrument le plus complet et utilisable pour l'ensemble des substances. Son exhaustivité fait qu'il a été critiqué comme trop lourd. D'autres alternatives existent. Cependant, lorsque ces alternatives sont aussi complètes, elles nécessitent aussi un certain temps et ressemblent fortement à l'ASI.

Conclusion : la demande d'avis, le travail en réseau, l'appel au spécialiste

Les données de la littérature médicale montrent sans ambiguïté que les prises en charge de patients héroïnomanes traités par buprénorphine ou méthadone sont efficaces sur plusieurs paramètres faisant partie de l'objectif général de la prise en charge d'une dépendance aux opiacés (4, 5, 10, 54, 55). Il faut garder cela en permanence à l'esprit. Ainsi, quand après plusieurs mois de prise en charge, les résultats thérapeutiques n'apparaissent pas suffisants, il peut être opportun de prendre l'avis d'un spécialiste de ce type de traitement. Quoi qu'il en soit, ce type d'affection aux facettes pathologiques multiples impose, particulièrement dans le cas de comorbidités sévères, un travail de collaboration engageant plusieurs intervenants. Ce n'est qu'au prix d'une bonne coordination de leurs interventions respectives, comme celle à laquelle s'efforcent les réseaux de soins, que l'on pourra espérer voir s'améliorer notablement la qualité et l'efficacité des soins que les toxicomanes sont désormais en droit d'attendre. Les traitements de substitution y apportent une contribution majeure. Il est de la responsabilité de celui qui les prescrit de se préoccuper de la mise en place et du maintien des conditions optimales de suivi. ■

Remerciements. – Les auteurs remercient les personnes suivantes pour leurs aide et commentaires critiques sur les versions primitives de ce texte : M. Arkaitz Aguerretxe-Colina, Mmes Virginie Beltran, Cécile Denis et Estelle Lavie, Drs Méлина Fatséas et Jacques Dubernet.

J.P. Daulouède, M. Auriacombe

Quelles doivent être les modalités d'évaluation d'un patient préalablement à la prescription et quelles doivent être les modalités de suivi médical, clinique et biologique, d'un patient en cours de traitement de substitution aux opiacés ?

Alcoologie et Addictologie 2004 ; 26 (4 Suppl.) : 1425-1485

Références bibliographiques

- 1 - Dole VD, Nyswander M. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction. *Journal of the American Medical Association* 1965 ; 193 : 646-650.
- 2 - Dole VP. Implication of methadone maintenance for theories of narcotic addiction. *Journal of the American Medical Association* 1988 ; 260 : 3025-3029.
- 3 - Dole VD, Nyswander ME, Kreek MJ. Narcotic blockade. *Archives of Internal Medicine* 1966 ; 118 : 304-309.
- 4 - Gerstein DR, Harwood HJ. Treating drug problems. Washington, DC : National Academy Press, 1990 : 332.
- 5 - Arif A, Westermeyer J. Methadone maintenance in the management of opioid dependence : an international review. New York, NY : Paeger Publishers, 1990 : 115.
- 6 - Ball JC. A schema for evaluating methadone maintenance programs. *NIDA Res Monogr* 1989 ; 95 : 74-77.
- 7 - Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment. Patients, programs, services, and outcome. First edition. New York, NY : Springer-Verlag, 1991.
- 8 - McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *Journal of the American Medical Association* 1993 ; 269 : 1953-1959.
- 9 - Johnson RE, Strain EC, Amass L. Buprenorphine : how to use it right. *Drug and Alcohol Dependence* 2003 ; 70 : 559-577.
- 10 - Ling W, Wesson DR. Clinical efficacy of buprenorphine : comparisons to methadone and placebo. *Drug and Alcohol Dependence* 2003 ; 70 : 549-557.
- 11 - O'Brien CP, Woody GE, McLellan AT. Enhancing the effectiveness of methadone using psychotherapeutic interventions. *NIDA Res Monogr* 1995 ; 150 : 5-18.
- 12 - Auriacombe M, Franques P, Martin C, Grabot D, Daulouède JP, Tignol J. Traitement de substitution par méthadone et buprénorphine pour la toxicomanie à l'héroïne. Bases scientifiques du traitement et données évaluatives de la littérature. L'expérience et la pratique du groupe de Bordeaux et Bayonne. In : Guffens J. Toxicomanie, hépatites, SIDA. Paris : Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1994 : 173-198.
- 13 - Auriacombe M, Grabot D, Daulouède JP, Vergnolle JP, O'Brien CP, Tignol J. A Naturalistic follow-up study of french speaking opiate maintained heroin addicts. Effect on biopsychosocial status. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1994 ; 11 : 565-568.
- 14 - Auriacombe M, Grabot D, Daulouède JP, Vergnolle JP, O'Brien CP, Tignol J. Buprenorphine and laudanum for opiate maintenance. 145th annual meeting of the American Psychiatric Association ; 1992 ; Washington, DC.
- 15 - Franques P, Auriacombe M, Martin C, Grabot D, Cornish J, Tignol J. Predicting which patients do well on methadone maintenance. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph* 1996 ; 162 : 168.
- 16 - Auriacombe M, Tignol J. Buprénorphine et traitement de substitution en médecine de ville. Est-ce possible ? À quelles conditions ? *Dépendance* 1995 ; 9 : 14-16.
- 17 - Auriacombe M, Franques P, Daulouède JP, Brisseau-Gimenez S, Tignol J. Traitements de substitution : le médicament est... celui qui le donne. Les modalités de mise à disposition d'un traitement de substitution par buprénorphine influencent-elles la réponse générale au traitement ? *Le Courrier des Addictions* 2002 ; 4 : 104-106.
- 18 - Gibier L. La relation. In : prises en charge des usagers de drogues. Paris : Doin, 1999 : 127-135.
- 19 - Lowenstein W, Gourarier L, Coppel A, Lebeau B, Hefez S. La "consultation idéale" : les quatre axes diagnostiques. In : La méthadone et les traitements de substitution. Paris : Doin, 1995 : 78-100.

- 20 - Auriacombe M. Pharmacodépendance. In : Brenot P, Daubech J, Pélicier Y, Rigal F. Dictionnaire des concepts. Bordeaux : L'Esprit du Temps, 1997 : 28-30.
- 21 - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, DC : APA, 1994 (traduction française : Masson).
- 22 - Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Section Troubles mentaux. 10^{ème} édition. Paris : Masson, 1992.
- 23 - Auriacombe M, Franques P. Souffrance et toxicomanie : une passion tyrannique. *Synapse* 1994 ; 8 : 74-75.
- 24 - Farges F. Comorbidité psychiatrique chez les toxicomanes. *Psychotropes* 1996 ; 2 : 7-17.
- 25 - Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Personnalités du toxicomane. *Encéphale* 2000 ; 26 : 68-78
- 26 - Tignol J. Syndrome dépressif. Diagnostic et traitement. *La Revue du Praticien* 1995 ; 45 : 1691-1694.
- 27 - Metzger DS, Woody GE, DePhillippis D, McLellan AT, O'Brien CP, Platt JJ. Risk factors for needle sharing among methadone patients. *American Journal of Psychiatry* 1991 ; 148 : 636-640.
- 28 - Metzger D, Woody G, Druley P, De Phillips D, Navaline H, McLellan A, O'Brien C. Psychiatric symptoms, high risk behaviors and HIV positivity among methadone patients. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph* 1991 ; 105 : 490-491.
- 29 - Bertorelle V, Auriacombe M, Grabot D, Franques P, Martin C, Daulouède JP, Tignol J. Évaluation quantitative des pratiques de partage de matériel à risque de contamination infectieuse virale chez les usagers d'opiacés par voie intraveineuse faisant une demande de soins. Utilisation de l'auto-questionnaire RAB. *Encéphale* 2000 ; 26 : 3-7.
- 30 - Daulouède JP. Mésusage de la buprénorphine et psychopathologie. In : Acte du colloque THS 6. Paris : Frison Roche, 2003.
- 31 - Gentilini M, Duneton P. Toxicomanie et SIDA (Rapport commission 19). *Bulletin Académie Nationale de Médecine* 1993 ; 177 : 1353-1369.
- 32 - Auriacombe M, Fatséas M, Franques-Rénéric P, Daulouède J-P, Tignol J. Thérapeutiques de substitution dans les addictions. *La Revue du Praticien* 2003 ; 53 : 1327-1334.
- 33 - Parrino MW. Traitement à la méthadone. Chêne-Bougeries, Suisse : Médecine et Hygiène, 1992.
- 34 - Dubernet J, Franques P, Daulouède JP, Tignol J, Auriacombe M. A comparison study of self-reported side effects in buprenorphine and methadone patients. In : College on Problems of Drug Dependence, editor. Annual Scientific Meeting, Philadelphia, CPDD, 2003.
- 35 - O'Brien CP. Le traitement de maintenance par la méthadone. *Biopsy* 1992 ; 2 : 2-3.
- 36 - Auriacombe M, Franques P, Tignol J. Un nouveau médicament disponible au CHU de Bordeaux : la méthadone. *Bordeaux Médicament* 1994 ; 4 : 5-6.
- 37 - Auriacombe M, Franques-Rénéric P, Daulouède JP, Tignol J. Buprenorphine prescribed by general practitioners. A safe means of increasing patient access to treatment? In : Waal H, Haga E, editors. Maintenance treatment in heroin addiction, evidence at the crossroads. Oslo : Cappelen Academic Press ; 2003, 190-204.
- 38 - Auriacombe M, Fatséas M, Dubernet J, Daulouède JP, Tignol J. French field experience with buprenorphine. *The American Journal on Addictions* 2004 ; 13 : S17-S28.
- 39 - Damon M, Claroux-Bellocq D, Degré A. Substitution par la buprénorphine en médecine de ville, en Aquitaine. *Revue Med Ass Maladie* 2001 ; 32 : 311-318.
- 40 - Vignau J, Duhamel A, Catteau J, Legal G, Pho AH, Grailles I, Beauvillain J, Petit P, Beauvillain P, Parquet PJ. Practice-based buprenorphine maintenance treatment (BMT): how do French healthcare providers manage the opiate-addicted patients? *Journal of Substance Abuse Treatment* 2001 ; 21 : 135-144.
- 41 - Luborsky L. The therapeutic alliance. New York : Press, 1992.
- 42 - Lowenstein W, Gourarier L, Coppel A, Lebeau B, Hefez S. Les modalités du traitement. In : La méthadone et les traitements de substitution. Paris : Doin, 1995 : 106-111.
- 43 - Poindron PY. Traitement de substitution aux opiacés. Un plan d'action pour renforcer le suivi des patients. *Concours Med* 2004 ; 126-16 : 921-922.
- 44 - Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing. New York, NY : The Guilford Press, 1996 : 348.
- 45 - Tignol J. Le *craving* ou la passion torturante du toxicomane aux opiacés. *Humeur* 1992 ; 1 : 10-11.
- 46 - D'Aunno T, Vaughn TE. Variations in methadone treatment practices. *Journal of the American Medical Association* 1992 ; 267 : 253-258.
- 47 - Claroux-Bellocq D, Pougnet B, Damon MN, Peter C, Kosellek D. La substitution aux opiacés en médecine de ville. *Concours Med* 2004 ; 126-16 : 891-894.
- 48 - Claroux-Bellocq D, De Baillencourt S, Saint-Jean F, Chinaud F, Vallier N, Weill A, Fender P, Allemand H, Médipath G. Les traitements de substitution aux opiacés en France métropolitaine en 2000 : les données du régime général de l'Assurance maladie. *Rev Med Ass Maladie* 2003 ; 34 : 93-102.
- 49 - De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. Suivi de patients pharmacodépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir de réseaux de soins. Étude rétrospective nationale. Expérience de médecins généralistes français. *Ann Med Interne* 2000 ; 151 : A27-A32.
- 50 - De Ducla M, Gagnon A, Mucchielli A, Robinet S, Vellay A. Comparison of high dose buprenorphine treatments of opiate dependent outpatients in four healthcare networks. *Ann Med Interne (Paris)* 2000 ; 151 (Suppl B) : B9-B5.
- 51 - Aubert B, Franques P, Auriacombe M, Tignol J. Les mécanismes de défense inconscients. Évaluation par le questionnaire de Bond : données chez les toxicomanes. *Le Courrier des Addictions* 1999 ; 1 : 97-99.
- 52 - Brisseau S, Auriacombe M, Franques P, Daulouède JP, Tignol J. L'Addiction severity index. *Le Courrier des Addictions* 1999 ; 1 : 200-203.
- 53 - Auriacombe M, Denis C, Lavie E, Fatséas M, Franques-Rénéric P, Daulouède JP, Tignol J. Experience with the Addiction Severity Index in France. A descriptive report of training and adaptation to tobacco and non-substance-addictive behaviors. In : College on Problems of Drug Dependence, editor Annual Scientific Meeting, Philadelphia, CPDD, 2004.
- 54 - Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; CD002209.
- 55 - Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002 ; CD002207.